


FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLINICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO BIOPSIA TESTICULAR	FL-CDM-131
		Rev. 01

Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del paciente)

o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____

(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)

en calidad de _____ de _____

(Representante legal o familiar)

(Nombre y dos apellidos del paciente)

DIAGNOSTICO DEL PACIENTE: _____

OBJETIVO:

Mediante este procedimiento se pretende establecer la existencia o no de esterilidad y llegar a un diagnóstico anatomopatológico en el caso de que existan lesiones testiculares.

EN QUE CONSISTE LA BIOPSIA TESTICULAR

La técnica se puede realizar abriendo la piel del escroto o mediante un pinchazo con una aguja especial, con anestesia local o regional.

Mediante esta técnica, que es una intervención quirúrgica, se extrae una pequeña parte del testículo para realizar un estudio microscópico.

RIESGO DE LA BIOPSIA TESTICULAR

Las complicaciones, raras, que pueden ocurrir son: la hemorragia postoperatoria que suele ser de muy poco volumen, hematomas, infección y/o inflamación del testículo, epidídimo o bolsa escrotal con sus posibles complicaciones locales o generales. Estos habitualmente se resuelven con tratamiento médico (medicamentos, sueros...) pero pueden llegar a requerir una reintervención, generalmente de urgencia, incluyendo un riesgo de mortalidad.

Existe un riesgo de que con el procedimiento no se consiga un material biopsico significativo

RIESGOS PERSONALIZADOS

QUE OTRAS ALTERNATIVAS HAY


El médico me ha explicado que la alternativa es la biopsia testicular percutánea pero que en mi caso la mejor alternativa es la quirúrgica, siendo complementarios el estudio hormonal y el seminograma.

He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

También entiendo que, en cualquier momento previo a la intervención y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

Por ello manifiesto que estoy complacido con la información recibida y que comprendo los objetivos, características del procedimiento y sus potenciales riesgos.

FORMULARIO PARA REGISTRO

 HOSPITAL CLÍNICO VIÑA DEL MAR <i>Más que una Clínica</i>	CONSENTIMIENTO INFORMADO BIOPSIA TESTICULAR	FL-CDM-131
		Rev. 01

Si después de leer detenidamente este documento desea más información, por favor, no dude en preguntar al especialista responsable, que le atenderá con mucho gusto.

Autorizo que el área de la intervención pueda ser filmada o fotografiada y mi Historia Clínica pueda ser utilizada, con fines docentes o de investigación clínica; sin mencionar mi nombre.

No autorizo lo anterior

Y en tales condiciones:

DECLARO :
Que el/la Doctor/a _____ me ha explicado que es necesario proceder, en mi situación a una **BIOPSIA TESTICULAR**
Y en tales condiciones CONSIENTO que se me realice una **BIOPSIA TESTICULAR**
En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____
Firma Paciente y/o Representante Legal _____
Nombre y Firma Médico _____

RECHAZO:
Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)
o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)
en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)
RECHAZO, y no acepto el proseguir ante ninguna circunstancia con la **BIOPSIA TESTICULAR**, asumiendo toda responsabilidad ante cualquier eventualidad, de cualquier naturaleza que mi autonomía, soberana e informada decisión pudiera ocasionar.
En el Hospital Clínico Viña del Mar, al _____ de _____ de 20_____
Firma Paciente y/o Representante Legal _____
Nombre y Firma Médico _____

REVOCAION
Sr./ Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del paciente)
o el Sr./Sra. _____ de _____ años de edad, Rut _____
(Nombre y dos apellidos del Representante Legal)
en calidad de _____ de _____
(Representante legal o familiar) (Nombre y dos apellidos del paciente)
REVOCO, el rechazo al consentimiento prestado en fecha _____ y autorizo proseguir con el tratamiento.
En el Hospital Clínico Viña del Mar, a _____ de _____ de 20_____
Firma Paciente y/o Representante Legal _____
Nombre y Firma Médico _____